

Dominik Robin und René Schaffert

Die gesellschaftliche Seite des Phänomens AD(H)S

Zusammenfassung

Dieser Beitrag beschäftigt sich mit dem Phänomen der Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung AD(H)S. Er zeigt die Schwierigkeit auf, den Begriff zu definieren und die Vielfalt der Ursachen dieser Störung zu bestimmen. Nebst einem Erklärungsansatz, der sich in den psychiatrischen Wissenschaften etabliert hat, wird auch auf die sonst weniger beleuchtete gesellschaftliche Sichtweise des Phänomens eingegangen. Anhand empirischer Befunde aus den Sozialwissenschaften sowie einer Gesellschaftstheorie werden mögliche Konsequenzen für die Praxis diskutiert.

Résumé

Cette contribution est consacrée au phénomène du trouble du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDA/H) et montre la difficulté que l'on rencontre à définir cette notion et à distinguer la multiplicité des causes de ce trouble. Elle abordera, à côté d'une explication possible qui s'est établie dans les sciences psychiatriques, le point de vue social du phénomène, plus rarement mis en lumière. En s'appuyant sur des relevés empiriques issus des sciences sociales ainsi que sur une théorie de la société, nous discuterons de possibles conséquences pour la pratique.

Die Suche nach einer Störung

Bereits die im Jahr 1845 von Heinrich Hoffmann beschriebenen Figuren des «Zappelphilipps» und des «Hans-Guck-in-die-Luft» (Hoffmann, 1845) wiesen Verhaltensmuster auf, die an heutige Kinder mit einer Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung erinnern. Der Begriff AD(H)S – wie er heute in der Öffentlichkeit, von Betroffenen und Fachpersonen hauptsächlich verwendet wird – hat sich erst später, im Zuge eines psychiatrischen Diskurses, etabliert. Die Suche nach der Störung kann also kaum losgelöst von den Entwicklungen in der psychiatrischen Diagnostik verstanden werden. Mit der Aufnahme in die internationalen Diagnoseklassifikationssysteme ab Mitte des 20. Jahrhunderts (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders DSM und International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems ICD) entwickelte sich sukzessive auch die Begrifflichkeit des Phänomens. AD(H)S gilt seither als eingetragene Verhal-

tensstörung mit den Kernsymptomen Unaufmerksamkeit, Hyperaktivität und Impulsivität.

Die Beschreibung der Störung ist seit jeher auch durch die Suche und Präzisierung einer klinischen Definition geprägt gewesen, wobei die Konkretisierung der Symptomatik einem ständigen gesellschaftlichen und historischen Wandel unterlag (Singh, 2002, S. 361). In den 1940er- und 50er-Jahren war die Rede von einer «minimalen cerebralen Dysfunktion (MCD)» (ebd.). In der Schweiz hat sich in den 1960er-Jahren zudem der Begriff des «Psycho-Organischen-Syndroms (POS)» etabliert; ein ausschliesslich schweizweit verwendeter Begriff, der bis 2012 von der Invalidenversicherung (IV) als Geburtsgebrechen anerkannt wurde (Schenk-Leu & Schaffter-Wieland, 2015). Bereits in den 1950er-Jahren begann sich international der Begriff der hyperkinetischen Störung zu etablieren, in dessen Zusammenhang auf eine Fehlstörung im Gehirn hingewiesen

wurde. Mit den Anpassungen im DSM II (1968) wurde der Begriff der hyperkinetischen Störung – charakterisiert durch Überaktivität, innere Unruhe, Ablenkbarkeit und eine kurze Aufmerksamkeitsspanne – in die Diagnoseklassifikationssysteme aufgenommen. Die hyperkinetische Störung trat gemäss DSM II im Kindesalter auf und bildete sich mit dem Aufkommen der Pubertät in vielen Fällen wieder zurück (Barkley, 2006, S. 8 ff.). Im Zuge einer weiteren Überarbeitung der Leitlinien im DSM-III (1980) wurde dann der Fokus verstärkt auf die Ablenkbarkeit gelegt. Begriffstechnisch vollzog sich dabei ein Wandel von AD(H)S zu ADS, einer Aufmerksamkeitsdefizit-Störung ohne Hyperaktivität. Diese Fokussierung wurde dann bei einer erneuten Revision der Leitlinien im Jahr 1987 (DSM-III-R) rückgängig gemacht und die aktuelle Bezeichnung AD(H)S etablierte sich: Eine Störung liegt vor, wenn unaufmerksames oder impulsives Verhalten mit oder ohne deutliche Ausprägung einer Hyperaktivität auftritt und in einem entscheidenden Ausmass dem Alter und dem Entwicklungsstand der betroffenen Kinder oder Jugendlichen widerspricht (Singh, 2002, S. 361). In den Überarbeitungen im DSM-IV (1994) erfolgte die Ergänzung, dass für die Diagnosestellung mindestens sechs Symptome aus den beiden Kernsymptom-Clustern Unaufmerksamkeit oder Hyperaktivität/Impulsivität festgestellt werden müssen. Diese Auffälligkeiten sollten in zwei oder mehreren Lebensbereichen, zum Beispiel zu Hause und in der Schule, und mindestens ununterbrochen über einen sechsmonatigen Zeitraum auftauchen. Weiter gilt es zu berücksichtigen, dass die AD(H)S-Symptome nicht durch andere psychische Erkrankungen ausgelöst werden (Sass, Wittchen & Zaudig, 1998). Seit dem DSM-5 kann zu-

sätzlich der Schweregrad der Störung als leicht, mittel oder schwer bestimmt werden (Falkei et al., 2014).

Die Entwicklungen der Diagnoseklassifikationssysteme haben den Begriff AD(H)S entscheidend mitgeprägt.

Während die Entwicklungen im DSM vor allem im englischsprachigen Raum und im wissenschaftlichen Kontext von Bedeutung waren, stand im europäischen Kontext seit den 1990er-Jahren der Begriff der «hyperkinetischen Störung», definiert nach den ICD-Kriterien, (World Health Organization, 1994) im Vordergrund (Dilling & Freyberger, 2016). Die in der ICD-10 beschriebenen Symptome sind allerdings mit denen im DSM-IV (Horton-Salway, 2012) und im DSM-5 (Levy, 2014) vergleichbar. Im Vordergrund stehen die drei Kernsymptome sowie der Ausschluss anderer psychischer Erkrankungen.

Die Entwicklungen der Diagnoseklassifikationssysteme haben also den Begriff AD(H)S entscheidend mitgeprägt. Aufgrund der ständigen Suche nach dem passenden Begriff der Störung und der laufenden Anpassungen der letzten Jahrzehnte ist es schwierig, die Häufigkeit des Auftretens der Störung über einen längeren Zeitraum zu messen. Meistens werden dabei nur die diagnostizierten Fälle gemessen, eben weil sie in der ICD und im DSM erfasst sind. Prävalenzzahlen für AD(H)S-Diagnosen sowie zum Konsum von Medikamenten zur Behandlung der Störung sollten daher stets mit einer gewissen Vorsicht interpretiert werden. Dennoch kann festgestellt werden, dass die Anzahl AD(H)S-Diagnosen sowie auch die Verschreibung von AD(H)S-Medikamenten seit den 1990er-Jahren in einigen Ländern deutlich zugenommen haben, so

z. B. in Australien (United Nations, 2015). Die Verschreibung und der Konsum von AD(H)S-Medikamenten unterliegen allerdings auch geografischen Schwankungen. Unterschiede in den nationalen Gesundheitssystemen oder im Bildungswesen können beispielsweise zu abweichenden statistischen Angaben führen (McDonald, 2013).

Eine aktuelle Studie aus der Schweiz zeigt, dass die Behandlungen von AD(H)S mit Medikamenten im Zeitraum von 2006 bis 2010 ebenfalls deutlich zugenommen hatten, sich danach aber wieder stabilisierten (Rüesch et al., 2014). Grundsätzlich gilt AD(H)S heute als eine weit verbreitete psychische Störung im Kindesalter. Eine Studie, die Ergebnisse von Untersuchungen im Zeitraum von 1978 bis 2005 berücksichtigt, kommt zum Schluss, dass weltweit 5,29 % der Kinder und Jugendlichen betroffen sind (Polanczyk et al., 2007). Der Nachweis einer weltweiten Zunahme sowohl der Prävalenz von AD(H)S-Diagnosen als auch der Verschreibung von Medikamenten konnte allerdings nicht nachgewiesen werden (Polanczyk et al., 2014).

Auch die Ursachenklärung von AD(H)S bezieht sich meistens auf ein psychiatrisch-medizinisches Erklärungsmodell.

Unterschiedliche Blickwinkel, unterschiedliche Erklärungen

Ausgehend von der psychiatrischen Definition zur Diagnosestellung wird auch zur Erklärung der Ursachen von AD(H)S meistens auf ein psychiatrisch-medizinisches Erklärungsmodell Bezug genommen. Demnach ist die Störung auf ein Defizit im Neurotransmitter-Haushalt zurückzuführen (Rowland, Lesesne & Abramowitz, 2002). Die Ursache liegt in den Gehirnfunktionen: Der

Botenstoff Dopamin, der normalerweise Informationen zwischen den Nervenzellen vermittelt, kann nicht von einer Zelle in die nächste gelangen, da die Nervenzelle die Dopaminmoleküle gleich nach der Freisetzung wieder einfängt. Die Kommunikation zwischen den Hirnzellen ist dadurch gehemmt: Reize und Informationen können nicht mehr optimal verarbeitet werden. Die betroffenen Personen haben dadurch Mühe, sich auf etwas zu konzentrieren, jemandem zuzuhören oder eine Aufgabe strukturiert durchzuführen.

AD(H)S ist seit Längerem auch Untersuchungsgegenstand in den Sozialwissenschaften. Aus dieser Perspektive rückt vor allem der Alltag der betroffenen Kinder und Familien in den Fokus der Aufmerksamkeit. Bei der Erklärung des Phänomens spielen nicht nur aufs Individuum bezogene Aspekte, sondern auch zwischenmenschliche Interaktionen und gesellschaftliche Zusammenhänge eine wichtige Rolle. Diesbezüglich werden aus der Sicht von Eltern betroffener Kinder zum Beispiel Drucksituationen, denen Familien in ihrem sozialen Umfeld ausgesetzt sind, erforscht. Dabei konnte gezeigt werden, dass das Krankheitsbild AD(H)S durch gesellschaftliche Normen, etwa den Druck, in der Schule erfolgreich funktionieren zu müssen, geprägt ist (Bailey, 2009). In verschiedenen Studien wurde nachgewiesen, dass Eltern sich oftmals aufgrund eines Leidensdrucks, der meistens in der Schule auftritt, für eine medikamentöse Behandlung ihrer Kinder entscheiden, nachdem zuvor bereits erfolglos andere Massnahmen versucht worden sind (Cromier, 2012; Rüesch et al., 2014). Die Entscheidung für eine Behandlung fällt den Eltern nicht leicht, wobei sie vorsichtig die Nutzen und Risiken abwägen müssen (Hansen & Hansen, 2006). Betroffene Familien leiden zu-

dem an einer Stigmatisierung: Sowohl die Kinder als auch die Eltern sehen sich mit Vorurteilen, Diskriminierungen oder Erwartungshaltungen von aussen konfrontiert. Singh (2005) stellte fest, dass elterliche Entscheidungsprozesse von kulturellen Idealen der Maskulinität, des Erfolgs und der Selbstverwirklichung geprägt sind.

Aus einer sozialwissenschaftlichen Perspektive konnten aufgrund der verschiedenen Studienergebnisse also die Kenntnisse vermehrt werden, dass die Diagnose und Therapie von AD(H)S nicht alleine aus einer psychiatrisch-medizinischen Sichtweise bestimmt werden können, sondern dass eine Vielzahl an Themen im Alltag der Familien das Phänomen AD(H)S prägt.

Die gesellschaftliche Konstruktion von AD(H)S

Ergänzend zu diesen sozialwissenschaftlichen Forschungserkenntnissen kann anhand der «gesellschaftlichen Konstruktion der Wirklichkeit», ein Buch von Berger und Luckmann (1977), auch wissenschaftstheoretisch begründet werden, warum der Zusammenhang individueller und gesellschaftlicher Aspekte bei der Erklärung von AD(H)S mitberücksichtigt werden sollte.

Wenn die Autoren von der gesellschaftlichen Konstruktion der Wirklichkeit sprechen, verstehen sie darunter die Dualität von «subjektiver» und «objektiver» Wirklichkeit respektive von Individuum und Gesellschaft. Dabei stellt sich die Frage, wie subjektive Erfahrungen von Einzelnen zu objektiven Tatsachen werden können. Für Berger und Luckmann (1977) ist dabei die alltägliche Lebenswelt, die uns mehr oder weniger fraglos gegeben ist, zentral. Die Lebenswelt beschreibt unsere natürliche Sphäre, unseren Alltag, in dem wir denken und handeln, uns bewegen, Dinge wahr-

nehmen und mit anderen kommunizieren. Wir gehen davon aus, dass auch die anderen Menschen in einer vergleichbaren Lebenswelt existieren, mit einem ähnlichen Bewusstsein und Körper ausgestattet sind wie wir und somit die Welt entsprechend wie wir wahrnehmen. In der alltäglichen Lebenswelt machen wir nicht nur rein subjektive, sondern auch zwischenmenschliche Erfahrungen, wir interagieren mit unserem gesellschaftlichen Umfeld. Da wir in der gleichen Gesellschaft sozialisiert wurden, haben sich zudem gemeinsame Deutungsmuster, Werte und Normen herausgebildet, die Einfluss auf unsere Handlungsabläufe genommen haben und die in unserem Alltag Routine herstellen. Wir passen unsere Handlungen gegenseitig aneinander an und müssen nicht in jeder Situation eine vollständige Abstimmung der Handlungen vornehmen. Viele Alltagsabläufe geschehen in einem gemeinsamen Verständnis der Situation, weshalb alltägliche Interaktionen oftmals ohne weitere Probleme funktionieren können. Das gemeinsame Verständnis einer Alltagswirklichkeit, die wir mit anderen Menschen teilen, besteht also immer aus der Verbindung individueller, zwischenmenschlicher und gesellschaftlicher Strukturen. Diese Verbindung ist zentral, um ein Krankheitsbild zu verstehen, da auch unser Verständnis darüber, was wir als krank oder als gesund betrachten, gesellschaftlich mitgeprägt ist. In der Regel verlaufen Konstruktionen von gesellschaftlichen Handlungsabläufen zwar unproblematisch. Am Beispiel von Krankheiten wird aber sichtbar, dass die Interaktionsprozesse zwischen Individuum und Gesellschaft leicht irritierbar sind. Ein Verhalten gilt unter anderem dann als abweichend, wenn es die gesellschaftliche Wirklichkeit respektive die gesellschaftliche

Norm bedroht. Berger und Luckmann (1977, S. 121) sprechen von einer Theorie der Abweichung. Personen, die von der Norm abweichen, werden deswegen therapiert. Da die Therapie sich mit einer Abweichung von der «offiziellen Wirklichkeitsbestimmung» beschäftigt, «bedarf es eines Wissensbestandes, der eine Theorie der Abweichung, eine diagnostische Methodik und ein theoretisches System» beinhaltet (Berger & Luckmann, 1977, S. 121). Dies bedeutet, dass gemäss der Theorie sowohl die Diagnose als auch die Erklärung und Behandlung einer Abweichung nicht losgelöst von der gesellschaftlichen Konstruktion der Wirklichkeit betrachtet werden können. Eine Störung wie AD(H)S wird stets in Bezug zur Abweichung einer gesellschaftlichen Norm konstruiert, wobei das Verhalten einer auffälligen Person die gesellschaftliche Norm bedroht.

Aufgrund gesellschaftlicher Einflüsse bleibt eine eindeutige und objektiv messbare Diagnose eine andauernde Herausforderung.

Mögliche Folgerungen für die Praxis

Wie gezeigt wurde, haben sich das Verständnis und die Definition des Phänomens AD(H)S mit der Zeit verändert. Mit anderen Worten: AD(H)S ist von einem gesellschaftlichen Wandel geprägt. Gemäss den Grundsätzen der Theorie der gesellschaftlichen Konstruktion der Wirklichkeit und sozialwissenschaftlichen Studienerkenntnissen bestätigt sich die gesellschaftliche Prägung des Phänomens. Es wird deutlich, dass neben einer psychiatrisch-medizinischen Ursachenzuschreibung auch gesellschaftliche Strukturen und Zusammenhänge berück-

sichtigt werden sollten. Aus einer übergreifenden Perspektive ist es zentral, das Krankheitsbild AD(H)S in seiner Komplexität zu betrachten, als ein Phänomen ineinandergreifender Ursachen. AD(H)S kann demnach nicht ohne Einbezug eines gesellschaftlichen Kontexts, beispielsweise Leistungsdruck, Entwicklungen eines Schulsystems oder Stigmatisierungen, verstanden werden. Bei der Beobachtung auffälliger Kinder sowie der Entscheidung für eine Diagnose oder eine Behandlung sollten deshalb nicht nur psychiatrisch-medizinische Muster, sondern auch soziale und gesellschaftliche Faktoren berücksichtigt werden. Betroffene Familien befinden sich oft in einem Spannungsfeld individueller, schulischer, familiärer und gesellschaftlicher Komponenten. Für die Diagnosestellung ist es daher wichtig, die entsprechenden Beobachtungen auch auf die Schule, das Zuhause oder die Freizeit auszuweiten und das ganze soziale Umfeld der Betroffenen zu erkunden. In Fokusgruppengesprächen im Rahmen einer Schweizer Studie (Rüesch et al., 2014, S. 64) haben beteiligte Fachleute auf das Potenzial einer Art «Round Table» hingewiesen, als ein Ort, an dem Personen, die in einen Fall eines Kindes involviert sind, miteinander kommunizieren. Entsprechende Akteurinnen und Akteure können beispielsweise Eltern, Lehrpersonen, Schulpsychologinnen und -psychologen, Gesundheitsfachpersonen oder Vertreterinnen und Vertreter von staatlichen Diensten sein. Eine Koordination in solchen «Round Tables» findet aber oftmals aufgrund der nötigen zeitlichen und finanziellen Ressourcen nicht statt. Eine weniger aufwendige Lösung könnte die Bildung von «kleinen Netzwerken» von Fachleuten und Betroffenen auf der Ebene einer Gemeinde, eines Schulhauses oder eines Wohnquartiers sein.

Unabhängig davon, inwieweit eine entsprechende interprofessionelle und die verschiedenen Facetten des Phänomens berücksichtigende Organisation in «Round Tables» oder «kleinen Netzwerken» möglich ist, erscheint es sinnvoll, wenn Lehrpersonen oder Heilpädagoginnen und Heilpädagogen, die die Auffälligkeiten eines Kindes oftmals anfänglich feststellen, neben den klassischen Symptomen auch explizit soziale und umfeldbedingte Faktoren in ihren Beobachtungen und Abklärungen berücksichtigen. Fragen, die man sich in diesem Zusammenhang stellen könnte, wären: Wie zeigt sich das Kind im Umgang mit anderen? In welchen Situationen verhält sich das Kind sozial unangemessen? Warum benimmt sich das Kind auffällig? Welche familiären und kulturellen Hintergründe, Umstände und Bedingungen könnten möglicherweise zu einem auffälligen Verhalten beitragen?

Die Diagnose AD(H)S bleibt vielschichtig und komplex

Auch wenn auf der Grundlage von DSM und ICD zwar typische Diagnosekriterien und Auffälligkeiten benannt werden können, wird eine eindeutige und objektiv messbare Diagnosestellung, wie dies beispielsweise bei einer Krebserkrankung gelingt, aufgrund der Abhängigkeit von gesellschaftlichen Einflüssen eine andauernde Herausforderung bleiben. Die Diagnose AD(H)S ist und wird immer in einen gesellschaftlichen Diskurs eingebettet und somit auch gesellschaftlichen Veränderungen ausgesetzt sein. Für die Betroffenen bedeutet dies, dass wichtige Entscheidungen bezüglich der Diagnosestellung, Behandlung und des Umgangs mit AD(H)S immer auch unter Einbezug der verschiedenen Beteiligten mit ihren unterschiedlichen Perspektiven gefällt

werden sollten. Neben der Berücksichtigung der üblichen Diagnosekriterien ist es zwingend, eine Sensibilisierung in Richtung soziale Ursachen von AD(H)S vorzunehmen und gesellschaftliche Aspekte des Phänomens zu berücksichtigen.

Literatur

- Bailey, S. (2009). *Producing ADHD: an ethnographic study of behavioural discourses of early childhood*, PhD thesis, University of Nottingham.
- Barkley, R. (2006). *Attention-Deficit Hyperactivity Disorder. A Handbook for Diagnosis and Treatment* (4th ed.). New York: The Guilford Press.
- Berger, P. & Luckmann, T. (1977). *Die gesellschaftliche Konstruktion der Wirklichkeit. Eine Theorie der Wissenssoziologie*. Frankfurt a. M.: Fischer Taschenbuch.
- Cromier, E. (2012). How Parents Make Decisions to Use Medication to Treat Their Child's ADHD. A Grounded Theory Study. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association*, 10 (10), 1–12.
- Dilling, H. & Freyberger, H. (2016). *Taschenführer zur ICD-10-Klassifikation psychischer Störungen* (8., überarb. Aufl. entsprechend ICD-10-GM). Göttingen: Hogrefe.
- Falkai, P., Wittchen, H., Rief, W., Sass, H. & Zaudig, M. (2014). *Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen DSM-5*. Göttingen: Hogrefe.
- Hansen, D. & Hansen, E. (2006). Caught in a Balancing Act: Parents' Dilemmas Regarding Their ADHD Child's Treatment With Stimulant Medication. *Qualitative Health Research*, 16 (9), 1267–1285.
- Hoffmann, H. (1845). *Lustige Geschichten und drollige Bilder für Kinder von 3–6 Jahren*. Berlin: Weichert.
- Horton-Salway, M. (2012). Gendering attention deficit hyperactivity disorder: A discursive

- sive analysis of UK newspaper stories. *Journal of Health Psychology*, 18 (8), 1085–1099.
- Levy, F. (2014). DSM-5, ICD-11, RdoC and ADHD diagnosis. *Australien & New Zealand Journal of Psychiatry*, 48 (12), 1163–1169.
- McDonald, D. & Jalbert, S. (2013). Geographic Variation and Disparity in Stimulant Treatment of Adults and Children in the United States in 2008. *Psychiatric Services*, 64 (11), 1079–1086.
- Polanczyk, G., Silva de Lima, M., Lessa Horta, B., Biedermann, J. & Rohde, L. (2007). The worldwide prevalence of ADHD: a systematic review and metaregression analysis. *American Journal of Psychiatry*, 164 (6), 942–948.
- Polanczyk, G., Willcutt, E., Salum, G., Kieling, C. & Rohde, L. (2014). ADHD Prevalence estimates across three decades: an updated systematic review and meta-regression analysis. *International Journal of Epidemiology*, 43 (2), 434–442.
- Rowland, A., Lesesne, C. & Abramowitz, A. (2002). Mental retardation and developmental disabilities. *Research Reviews*, 8, 162–170.
- Rüesch, P., Robin, D., Altwicker-Hämori, S. & Juvalta, S. (2014). *Behandlung von AD(H)S bei Kindern und Jugendlichen im Kanton Zürich*. Winterthur: Forschungsbericht, Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften.
- Sass, H., Wittchen, H. & Zaudig, M. (1998). *Diagnostische Kriterien des Diagnostischen und Statistischen Manuals Psychiatrischer Störungen DSM-IV*. Göttingen: Hogrefe.
- Schenk-Leu, V. & Schaffter-Wieland, I. (2015). *AD(H)S in der Schule. Was bedeutet AD(H)S? Das hilft im Unterricht. Wichtiges zum Berufseinstieg*. Olten: ELPOS Schweiz – AD(H)S-Organisation.
- Singh, I. (2002). Biology in Context: Social and Cultural Perspectives on ADHD. *Children & Society Volume*, 16, 360–367.
- Singh, I. (2005). Will the «real boy» please behave: Dosing dilemmas for parents of boys with ADHD. *American Journal of Bioethics*, 5 (3), 34–47.
- United Nations (2015). *Report of the International Narcotics Control Board for 2010. Report of the International Narcotics Control Board for 2014*. New York: International Narcotics Control Board.
- World Health Organization (WHO) (1994). *Manual of International Statistical Classification of Diseases, Injuries, and Causes of Death* (10th ed.). New York: United Nations.



Dominik Robin, lic. phil.
Wissenschaftlicher Mitarbeiter
& Soziologe
dominik.robin@zhaw.ch



René Schaffert, lic. phil.
Dozent
rene.schaffert@zhaw.ch

Institut für Gesundheitswissenschaften
Technikumstrasse 81, 8401 Winterthur